

SOLICITUD DE TRASLADO PROGRAMADO

Fecha:

--	--	--

PROFESIONAL MÉDICO SOLICITANTE:

Nombre y Apellido: _____

Teléfono: _____

BENEFICIARIO/A:

Nombre y Apellido: _____

Nº de afiliado: _____

Teléfono: _____

Fecha del turno: _____ Horario: _____

Origen: _____

Destino: _____

Diagnóstico: _____

Estudio solicitado: _____

Internación domiciliaria: SI / NO

Solicita traslado: SI / NO

Tipo de móvil: _____

Con camilla: SI / NO

Pesa más de 100 kilos: SI / NO

Claustrofóbico/a: SI / NO

El formulario debe estar acompañado por orden médica y resumen de historia clínica (los pacientes con discapacidad y/o enfermedades crónicas deben presentarla cada 3 meses).

Firma y Sello del Profesional Médico